

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<h2 style="margin: 0;">Verordnung einer Krankenförderung 4</h2> <p style="margin: 5px 0;">Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V</p> <p><input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG u.a.) <input type="checkbox"/> sonstiger Schaden</p> <p>1. Hauptleistung</p> <p>A) im Krankenhaus</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär <input type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär <input type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation</p> <p>B) ambulante Operation</p> <p><input type="checkbox"/> beim Vertragsarzt <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstige</p> <p>C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)</p> <p>Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V: Hochfrequente Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)</p> <p><input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall wegen</p> <p>voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> X pro Woche über <input type="text"/> Monate</p> <p>ggf. Zeitraum der Serienverordnung</p> <p>2. Beförderungsmittel <input type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen <input type="checkbox"/> Kranken-transportwagen <input type="checkbox"/> Rettungs-wagen <input type="checkbox"/> Notarzt-wagen <input type="checkbox"/> andere</p> <p>Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)</p> <p>Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Trage-stuhl <input type="checkbox"/> Nicht umsetzbar aus Rollstuhl <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> andere</p> <p>Von Nach <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:</p> <p><input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Wartezeit (Dauer):</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):</p> <p><input type="checkbox"/> andere Beförderungswege</p> <p style="text-align: right;">Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">Muster 4 (7.2004)</p>					
Gebühr pflicht.	Name, Vorname des Versicherten						
geb. am							
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.						
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis						
Datum							
<div style="float: right; text-align: center;"> Datum <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">T</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">T</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">J</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">J</td> </tr> </table> Behandlungsdaten </div>		T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J		

